



Tennessee CoverRx

Express Scripts Specialty Distribution Services, Inc.
P. O. Box 66979
St. Louis, MO 63166-6979



EXPRESS SCRIPTS®

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Información del Solicitante - Debe llenar todos los espacios en blanco o la solicitud será devuelta (a menos que indique opcional)

No llene este formulario si participa de la Red de seguridad de salud mental (Mental Health Safety Net) y está bajo el cuidado de una Agencia comunitaria de salud mental (Community Mental Health Agency).

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo M F	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Raza (Opcional) <input type="checkbox"/> Negro: hispano o no-hispano <input type="checkbox"/> Blanco: hispano o no-hispano <input type="checkbox"/> Asiático / isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano y de Alaska <input type="checkbox"/> Etnicidad mixta <input type="checkbox"/> Otro _____	Idioma que habla (Opcional) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	Ingresos anuales del hogar	Núm. de personas en su casa	Núm. de teléfono (Escriba N/A si no tiene teléfono)	
Dirección del hogar			Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección postal (si es distinta a la precitada)			Ciudad	Estado	Zona Postal

Favor de responder todas las preguntas a continuación:

- Sí No ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América o un extranjero documentado?
- Sí No ¿Ha sido residente de Tennessee al menos durante los últimos seis meses?
- Sí No ¿Tiene seguro de salud actualmente (incluyendo TennCare)?
- Sí No ¿Tiene cobertura de medicamentos recetados actualmente incluyendo Medicare, TennCare, o tiene cobertura de medicamentos auspiciada por su patrono? (No cuentan los programas de descuentos de medicamentos ni los programas de asistencia al paciente que proveen medicamentos gratuitamente o a bajo costo.)
- Sí No ¿Se encuentra usted sin hogar o vive en un refugio para personas desamparadas? (Opcional)
- Sí No ¿Se encuentra empleado actualmente (incluye empleado por cuenta propia)? (Opcional)
- Sí No ¿Trabaja 20 horas o más durante una semana de trabajo de 7 días? (Opcional)

Términos y condiciones

Mientras usted participe de CoverRx, debe seguir las reglas del programa. Al firmar el frente de este formulario, usted está de acuerdo con lo siguiente:

Código de evento
465

Pagará su copago por cada receta surtida.

Llamará a Express Scripts (administrador del programa) al 1-888-560-2649 cuando:

- Se mude a una nueva dirección
- El ingreso de su hogar cambie significativamente
- Haya un cambio en el número de personas que viven en su hogar
- Usted obtenga cobertura de medicamentos recetados

Usted ayudará con cualquier investigación. CoverRx puede solicitarle prueba del ingreso de su hogar. CoverRx también puede solicitarle prueba de que usted reside en Tennessee y/o que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de América o un extranjero documentado. Usted está de acuerdo con proveer esta información a CoverRx. Si usted no coopera, entonces puede perder su asistencia de farmacia.

Usted permite que CoverRx obtenga información sobre usted. Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (conocida como HIPAA), Partes 160 y 164 de CFR ("Regla de la Privacidad"). La Regla de la Privacidad permite que CoverRx use y divulgue la información protegida sobre mi salud para propósitos de tratamiento, pago y las operaciones para prestar atención médica, incluyendo la determinación de mi calificación para beneficios.

Usted puede reportar el fraude o el abuso. Si sospecha que alguien comete fraude o abuso por favor llame a la Oficina del Inspector General al 1.800.433.3982 ó visite www.tncarefraud.tennessee.gov

Autorización: Deseo solicitar la asistencia de farmacia de CoverRx. Con mi firma a continuación, certifico que la información que contiene la solicitud es verdadera y correcta. Reconozco que si doy alguna información falsa, podría estar faltando a la ley. Reconozco que CoverRx verificará mi información. Estoy de acuerdo en ayudar con cualquier investigación. También estoy de acuerdo con seguir las reglas del programa CoverRx. He leído y entiendo estas reglas, las cuales aparecen al dorso de este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Elegibilidad

Para ser elegible a participar en CoverRx, usted debe reunir los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Tener de 19 a 64 años de edad
- El ingreso del hogar debe ser igual o menor al ingreso que aparece en las guías a continuación
- Ser ciudadano de los Estados Unidos de América o un extranjero documentado
- Haber sido residente de Tennessee al menos los últimos seis meses
- No tener cobertura de medicamentos recetados, incluyendo Medicare, TennCare, ni tener cobertura de medicamentos auspiciada por el patrono. (No cuentan los programas de descuentos de medicamentos ni los programas de asistencia al paciente que proveen medicamentos gratuitamente o a bajo costo.)

Cuánto tendrá que pagar

Si está inscrito en el programa, CoverRx ayudará a pagar hasta cinco (5) recetas cada mes, además de suministros para diabéticos e insulina. Usted deberá hacer un pequeño copago para las primeras cinco (5) recetas cada mes. (Nota: Una receta para un suministro de 90 días cuenta como tres (3) recetas para 30 días.) La cantidad del copago de las primeras cinco (5) recetas se basa en los ingresos de su hogar. Las variaciones de los copagos aparecen en la tabla a continuación. Si se inscribe, la cantidad exacta de sus copagos será incluida en su paquete de bienvenida.

Copagos (Por cada medicamento. Hasta 5 recetas al mes.)

Medicamentos en la lista de CoverRx:	Genéricos: 30 días = \$3 - \$10 *90 días = \$3 - \$20 De marca / Insulina / Suministros para diabéticos: 30 días (o hasta los límites con cobertura) = \$5 - \$15 *Los suministros para 90 días sólo están disponibles a través del servicio de pedidos por correo y en aquellas farmacias minoristas que hayan decidido participar. Antes de surtir su receta, verifique con su farmacia si el suministro para 90 días está disponible en esa localidad.
Medicamentos NO incluidos en la lista de CoverRx: y/o Todos los medicamentos después del límite de cinco (5) recetas al mes	Precio completo (el precio varía por medicamento), además de cualquier descuento disponible de farmacia

- Usted debe pagar la cantidad completa de todas las recetas en exceso del límite mensual de cinco (5) recetas. Los descuentos de farmacia están disponibles para ayudarlo con los costos de estos medicamentos.
- Usted puede comprar sus recetas en las farmacias minoristas locales de la comunidad y en farmacias de servicio de pedidos por correo que participen en el programa.
- Al inscribirse en el programa CoverRx, se le enviará un paquete de bienvenida con información detallada de cómo usar el programa.

Guías de Ingreso

Para calificar en el programa CoverRx, el ingreso anual de su hogar debe ser igual o menor que los niveles indicados anteriormente.

Número de personas en el hogar:	Ingresos anuales del hogar
1	\$25,525
2	\$34,225
3	\$42,925
4	\$51,625
5	\$60,325
6	\$69,025
7	\$77,725
8	\$86,425

Información de contacto

Envíe el formulario lleno por correo a:	Tennessee CoverRx Express Scripts Specialty Distribution Services, Inc. P. O. Box 66979 St. Louis, MO 63166-6979
Para preguntas de CoverRx:	1-888-560-2649

Definiciones

“**Descuento**” significa una reducción en el precio ofrecido a los participantes para ciertas recetas.

“**Ingreso del hogar**” es el ingreso combinado de todos los miembros del hogar de 18 años de edad y mayores que forman una sola unidad económica, así como cualquier ingreso recibido por las personas en el hogar para las obligaciones personales médicas y de otro tipo de el/los participante(s) del hogar.

“**Hogar**” se compone de todas las personas que viven en la misma residencia y que forman una unidad económica.

“**Extranjero documentado**” significa que usted no es un ciudadano de los Estados Unidos de América, pero vive en los Estados Unidos legalmente. Para ser un extranjero documentado, usted también debe reunir otros requisitos. Estos requisitos están definidos en la ley federal 8 U.S.C. § 1622(b). Si usted no es un ciudadano de los Estados Unidos de América ni un extranjero documentado, entonces no puede inscribirse en CoverRx.

CoverRx está administrado por Express Scripts, Inc. (ESI), que entre otras cosas, es propietaria y opera una farmacia de servicio de pedidos por correo. ESI no acepta la devolución de medicamentos no usados, y los costos administrativos no son reembolsables después de que ESI ha recibido su receta válida. ESI le enviará sus medicamentos a la dirección de su preferencia. Usted es responsable de su paquete de medicinas una vez llegue.